

# CARIDAD CENTER

HEALTH • EDUCATION • OUTREACH

## **Autorización Requerida por HIPAA**

La notificación de cómo mantenemos la privacidad de su historia médica, le suministra información acerca de cómo podemos usar y entregar su información de manera segura. Usted tiene derecho a revisar esta notificación antes de firmar esta autorización. Nosotros podemos cambiar sus términos. Si lo hacemos, usted puede obtener una copia actualizada.

Usted tiene derecho a solicitar que limitemos el uso y la entrega de su información médica para tratamientos o para el funcionamiento operativo de la clínica. Nosotros no tenemos que aceptar esa restricción, pero si lo hacemos, es un compromiso.

Firmando esta autorización, usted nos da permiso de entregar su información médica para tratamientos y para manejo operativo de la clínica. Usted tiene derecho a revocar esta autorización por escrito, excepto cuando ya se hayan realizado entregas de acuerdo a su anterior autorización.

Firma del Paciente/Padre/o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Política Anti-Discriminatoria**

La Clínica Caridad no discrimina en contra de ningún individuo debido a su religión, educación, status legal, país de origen, u orientación sexual. Si usted cree que sus derechos han sido violados debido a cualquiera de estas razones, usted tiene el derecho de comenzar una queja contra la persona que usted piensa que ha discriminado contra usted.

## **Política y Procedimientos para Someter Quejas/Reclamos**

La Clínica Caridad toma los problemas de los pacientes/clientes seriamente y es su política de enfrentarlos inmediatamente y justamente. En todo caso, los empleados y voluntarios de la Clínica Caridad le asistirá en una manera respetuosa y cordial.

Las quejas de los pacientes /clientes son expresiones de desatisfacción sobre los servicios recibidos y pueden ser obvios o percibidos. Quejas pueden ser hechas en persona, por escrito, o por teléfono primeramente al empleado o persona responsable. Si no se resuelve la queja a su satisfacción, dirija sus preocupaciones en el siguiente orden hasta que sea resuelto: (1) al supervisor/a del empleado/a; (2) a la Directora de la Clínica; (3) a la Directora Ejecutiva del Centro Caridad; (4) al Presidente de la Junta de Directores quien será el árbitro final si su problema tiene que ser llevado a este nivel.

En firmar este formulario, usted esta reconociendo que ha leído y entiende la Política Anti-Discriminatoria y la Política y Procedimientos para Pacientes Someter Quejas.

Firma del Paciente/Padre/ o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_